Abteilung Qualitätssicherung
Bismarckallee 1-6 • 23795 Bad Segeberg
Mail: qs@kvsh.de • Fax: 04551-883 374

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Antrag auf Genehmigung: Abklärungskolposkopie (§ 135 Abs. 2 SGB V)

Name, Vorname: _____
(Name des Arztes[1], der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____ **oder** Eintragungsnummer der KVSH: _____
(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.

Einverständnis zur Datenübermittlung

☐ Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.

☐ Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV _____ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht.

Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen".

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

☐ alle mir erteilten Betriebsstätten

Fachliche Voraussetzungen*

☐ Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung im Gebiet „Frauenheilkunde und Geburtshilfe" gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 1

☐ Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an einem Basiskolposkopiekurs von 8 Stunden und einem Fortgeschrittenenkurs von 14 Stunden oder einer in Inhalt und Umfang gleichwertigen Qualifikation gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 2 -bitte beifügen-

[1] Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt"), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

und

☐ Nachweis von mindestens 100 Kolposkopien mit abnormen Befunden von Portio, Vagina und Vulva und davon mindestens 30 histologisch gesicherte Fälle intraepithelialer Neoplasien und invasiver Karzinome in den letzten 12 Monaten gemäß § 3
Abs. 1 Nr. 3 -bitte beifügen-

und

☐ Nachweis von Kenntnissen (z. B. Fort- und Weiterbildung) operativen Verfahren bei vulvaren, vaginalen und zervikalen Veränderungen gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 4 -bitte beifügen-

☐ Der Nachweis von 100 Kolposkopien sind erfüllt, wenn über eine klinische Tätigkeit, insbesondere in der kolposkopischen Diagnostik über mindestens 160 Stunden an 20 Arbeitstagen in einer Einrichtung mit Schwerpunkt Diagnostik abnormer Befunde von Portio, Vagina und Vulva in den letzten 24 Monaten gemäß § 3 Abs. 2 vorliegt -bitte beifügen-

Apparative Voraussetzungen

☐ Der ausgefüllte und unterschriebene Apparatebogen liegt vor -bitte beifügen-

Organisatorische/bauliche Voraussetzungen

Hiermit erkläre ich

- gemäß § 5 eine Kooperationsvereinbarung mit einer Einrichtung zu schließen, die auf die Behandlung von Gebärmutterhalskrebs spezialisiert ist.
- gemäß § 8 der Vereinbarung mein Einverständnis zur Durchführung von Überprüfungen der apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen durch die KVSH beauftragte Arbeitsgemeinschaft/Qualitätssicherungskommission.

Unterschrift(en)

Datum	ggf. Praxisstempel	Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung** ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

Angestellte Person